

Weiterbildungszeugnis

nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringens vom 18.03.2020,
zuletzt geändert durch die Zweite Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der
Landesärztekammer Thüringen vom 15. August 2022 (Ärzteblatt Thüringen, September
2022, S. 56), in Verbindung mit dem eLogbuch

für

_____, geboren am _____
(Titel, Vorname, Name)

(Weiterbildungsstätte mit Adressangabe)

für die Bezeichnung _____.

Name der Weiterbildungsstätte	Zeitraum <small>(Tag/Monat/Jahr)</small>		Name des Weiterbildungs- ermächtigten	Umfang <small>(Unterbrechung*)</small>
	von	bis		
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom bis Grund: <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom bis Grund: <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom bis Grund: <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.

Name der Weiterbildungsstätte	Zeitraum <i>(Tag/Monat/Jahr)</i>		Name des Weiterbildungs- ermächtigten	Umfang <i>(Unterbrechung*)</i>
	von	bis		
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom bis Grund: <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom bis Grund: <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom bis Grund: <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.

* Bitte Grund angeben (z.B. Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverbot, Mutterschutz, Elternzeit, Sonderbeurlaubung, Wehrdienst, überwiegende wissenschaftliche Tätigkeit usw., s. auch §4 Absatz 4 der WBO 2020).

Hinsichtlich der erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie der erbrachten Leistungen in den geforderten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird auf das eLogbuch verwiesen.

Persönliche **Anmerkungen**, weitere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten:

Die Weiterbildung erfolgte im Rahmen einer **Delegation an eine andere Weiterbildungsstätte**:

Ja, an die Weiterbildungsstätte
(Weiterbildungsstätte mit Adressangabe)

unter der Anleitung von
(Titel, Vorname, Name des Weiterbildungsermächtigten)

In diesem Fall ist ein gesondertes Zeugnis für diesen Weiterbildungszeitraum einzureichen.

Nein

Die geforderte Weiterbildung in der **Intensivmedizin** wurde vom
(Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr) an der Weiterbildungsstätte
..... ganztätig
unter Anleitung von (Titel, Vorname, Name des Leiters)
abgeleistet. **In diesem Fall ist eine Unterschrift der o. g. genannten Leitung auf
diesem Zeugnis erforderlich.**

Die geforderte Weiterbildung in der **Notfallaufnahme** wurde vom
(Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr) an der Weiterbildungsstätte
..... ganztätig
unter Anleitung von (Titel, Vorname, Name des Leiters)
abgeleistet. **In diesem Fall ist eine Unterschrift der o. g. genannten Leitung auf
diesem Zeugnis erforderlich.**

Im Falle eines **Abschlusszeugnisses** bitte den folgenden Abschnitt ergänzen:

Ich bestätige, dass (Titel, Vorname, Name)
sämtliche im eLogbuch des Fachgebietes aufgeführten Kenntnisse und Erfahrungen erworben
hat und halte (Titel, Vorname, Name)
uneingeschränkt geeignet, die Bezeichnung
(Bezeichnung entsprechend der Weiterbildungsordnung) zu führen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift und Stempel (bei gemeinsam erteilten Weiterbildungsbefugnissen aller zur
Weiterbildung befugten Ärzte, elektronische Signatur möglich)

.....
Ort, Datum, ggf. Unterschrift und Stempel Leiter **Notfallaufnahme**

.....
Ort, Datum, ggf. Unterschrift und Stempel Leiter **Intensivstation**